



**Департамент временной помощи штата Массачусетс  
(Massachusetts Department of Transitional Assistance)  
ПОСОБИЯ ПО ПРОГРАММЕ SNAP ДЛЯ ВАС И ВАШЕЙ СЕМЬИ  
ПОДАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ СЕГОДНЯ! ЭТО ПРОЩЕ, ЧЕМ ВЫ ДУМАЕТЕ!**

**ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ**

Для подачи заявления на получение пособия по Программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP) необходимо заполнить форму и направить почтой в центр обработки документов Департамента временной помощи по адресу: DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, или по факсу 617-887-8765. Получить более подробную информацию можно по телефону 1-877-382-2363 или на нашем веб-сайте [www.mass.gov/dta](http://www.mass.gov/dta). Вы также можете подать заявление на получение пособия SNAP в режиме онлайн на сайте [www.mass.gov/vg/selfservice](http://www.mass.gov/vg/selfservice).

**ВНИМАНИЕ!** Мы примем ваше заявление, если в нем на первой странице будут указаны ваше имя и адрес (при наличии), и на восьмой странице будет стоять ваша подпись. Этой минимальной информации будет достаточно для фиксации даты подачи вашего заявления. Вместе с тем, данную форму необходимо заполнить полностью, а затем пройти собеседование с целью определения вашего права на получение пособия. Пособия предоставляются с даты подачи заявления.

Постарайтесь дать ответы на все вопросы заявления. Чем больше мы получим информации, тем быстрее сможем принять решение по вашему заявлению. Если вы не понимаете сути вопроса или не знаете, как на него ответить, оставьте такой вопрос без ответа и мы обсудим его во время собеседования. После получения вашего заявления мы свяжемся с вами для проведения собеседования и уточнения ряда вопросов. Данное собеседование пройдет в офисе при личном присутствии или по телефону. Если вам нужна помощь переводчика, чтобы заполнить данную форму или пройти собеседование, сообщите нам, и мы организуем предоставление таких услуг. Ниже приведен перечень данных, которые следует предоставить в связи с подачей заявления. Ознакомьтесь с этим перечнем и подготовьте необходимые документы.

**ВЫ МОЖЕТЕ ПОЛУЧИТЬ ПОСОБИЕ ПО ПРОГРАММЕ SNAP В ТЕЧЕНИЕ СЕМИ ДНЕЙ, ЕСЛИ ВЫ ОТВЕЧАЕТЕ ОДНОМУ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ:**

- Ваши ежемесячные жилищные расходы превышают сумму вашего дохода и средств в банке?  Да  Нет
- Ваш ежемесячный доход составляет менее 150 долларов США, а сумма на ваших банковских счетах составляет менее 100 долларов США?  Да  Нет
- Вы являетесь трудовым мигрантом, и сумма на ваших банковских счетах не превышает 100 долларов США?  Да  Нет

Сведения о средствах на банковских счетах необходимы для установления вашего права на ускоренную процедуру получения пособия SNAP. Подтверждение наличия средств на банковском счете не требуется. Если мы примем решение о том, что вы не можете получить пособие SNAP в течение 7 дней (в ускоренном порядке), и у вас возникнут возражения, либо если вы удовлетворяете критериям для ускоренной процедуры получения пособия по программе SNAP, но вам его не предоставят на седьмой календарный день после подачи заявления, вы имеете право обратиться к супервайзеру.

Для подачи заявления на получение пособия по программе SNAP вы должны предоставить справки о доходах, расходах и прочие данные. Вам необходимо подтвердить только ту информацию, которая относится к вам. Например, если у вас нет работы, вам не нужно указывать размер трудового дохода в приведенном ниже перечне.

После получения пособия SNAP вам откроют счет, аналогичный банковскому. Сумма вашего пособия будет ежемесячно зачисляться на ваш счет. Вам выдадут карту электронного перевода пособий (карту ЕВТ), которая дает возможность получать пособия SNAP и не отличается от банкоматной или кредитной карты. Конфиденциальность ваших данных является важным условием, и применение карты ЕВТ обеспечивает такую конфиденциальность. Картой ЕВТ можно пользоваться в продовольственных магазинах, супермаркетах, минимаркетах. Использование такой карты не отличается от использования дебетовой/банкоматной или кредитной карты при покупке продуктов питания.

Данные, которые необходимо предоставить (если применимо) для получения пособия по программе SNAP

1. **Удостоверение личности:** водительское удостоверение, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность.
2. **Подтверждение статуса резидента штата Массачусетс:** текущая квитанция об уплате, договор аренды, закладные, налоговые документы, документ о страховании недвижимости, счета за коммунальные услуги. Если вы являетесь бездомным, регистрационные документы на автомобиль, справка из приюта, заявление от человека, у которого вы временно проживаете, либо устное или письменное подтверждение от лица, с которым мы можем связаться и которому известна ваша ситуация.
3. **Трудовой доход:** квитанции о начислении заработной платы или справка от работодателя на фирменном бланке с указанием дохода до уплаты налогов за последние четыре недели.
4. **Прочие доходы:** копия последней квитанции службы социального обеспечения или копия справки о назначении пособия, документы о выплате пособия по безработице, выплате компенсации работникам, пенсии, алиментов или пособия на содержание ребенка.
5. **Индивидуальная предпринимательская деятельность:** последняя декларация по федеральным налогам (форма в приложении С) или документы по ведению деловых операций за последние три месяца.
6. **Арендный доход:** если вы получаете платежи от какого-либо лица, которое арендует у вас комнату или квартиру, копия договора аренды или заявление от вашего арендатора с указанием суммы арендной платы.
7. **Статус негражданина:** для всех лиц, не имеющих американского гражданства, претендующих на получение пособий SNAP, регистрационная карточка иностранца или другой иммиграционный документ.
8. **Уплата алиментов на ребенка:** если вы уплачиваете алименты на ребенка лицу, не проживающему с вами, предоставьте документы, подтверждающие установленное законом обязательство осуществления платежей, а именно: судебное постановление, налоговую декларацию, в которой отражена уплата алиментов, подтверждение удержаний из пособия по безработице, — а также укажите уплачиваемую сумму.

Данные, которые можно предоставить (если применимо) для увеличения размера пособия по программе SNAP. *Правилами SNAP разрешаются вычеты из учитываемого дохода.*

1. **Расходы на жилье:** квитанция об арендной плате, платежи по закладным, налоги на недвижимость и страхование недвижимости.
2. **Коммунальные платежи:** бытовое жидкое топливо, газ, электричество, телефон (включая мобильные телефоны) и другие коммунальные платежи, в частности вывоз мусора, дрова и уголь.
3. **Расходы по уходу за детьми или совершеннолетними иждивенцами** на дому и вне дома.
4. **Расходы на медицинское обслуживание:** если вам или члену вашего домохозяйства исполнилось 60 лет либо присвоена группа инвалидности, *текущие расходы на медицинское обслуживание* должны быть подтверждены квитанциями о доплатах или уплате страховых взносов на медицинское страхование либо квитанциями об оплате стоматологических протезов, очков, слуховых аппаратов, батареек к слуховым аппаратам, рецептурных препаратов, назначенных врачом обезболивающих средств или безрецептурных лекарственных средств, а также услуг транспортировки до места получения медицинского обслуживания и обратно.

**Примечание.** Домохозяйствам, члены которых были исключены из программы, необходимо предоставить информацию, подтверждающую банковские счета и прочие активы.

После собеседования вы получите перечень документов, которые необходимо предъявить. **Квитанции о начислении заработной платы, оплате коммунальных платежей и другие подтверждающие документы должны быть оформлены не более чем за четыре недели до даты подачи заявления.**



Источник: (отметьте нужное)

- CEO  Project Bread  DMH  
 DMR  BMC  Food Pantry  
 MRC  Другой вариант \_\_\_\_\_

## Заявление на получение пособия по программе SNAP

**1. Личная информация (заполните все поля).** Если вы являетесь негражданином и **НЕ** подаете заявление на получение пособия SNAP, не нужно сообщать номер социального обеспечения или иммиграционный статус.

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер социального обеспечения
---------	-----	------------------	-------------------------------

Эта фамилия является (отметьте)  фамилией при рождении  девичьей фамилией  фамилией в браке  
 фамилией в предыдущем браке  псевдонимом

Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Вы беременны? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
---------------	-----------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

Семейное положение (отметьте)  в браке  никогда не состоял(а) в браке  в разводе  
 раздельное проживание  вдовец/вдова

Ваш предпочтительный язык:

**Этническая/расовая принадлежность:** данная информация необходима для обеспечения справедливого отношения к каждому заявителю. Ваш ответ является добровольным и не повлияет на ваши права получения или размер пособия .

**Этническая принадлежность:** Испанец или латиноамериканец  Да  Нет

**Расовая принадлежность: (отметьте все подходящие варианты)**

- Американский индеец или уроженец Аляски  Азиат  Чернокожий или афроамериканец  
 Уроженец Гавайских или других Тихоокеанских островов  Белый

Наличие особых обстоятельств: (отметьте все подходящие варианты)

- Физические недостатки/психические расстройства  Нарушение слуха  Нарушение зрения  
 Требуется переводчик  Требуется сурдопереводчик  Другое \_\_\_\_\_

**2. Информация о месте жительства и способах связи с вами (заполните все поля)**

Ваш текущий адрес	Номер дома и улица	Номер квартиры	Город, штат, почтовый индекс
-------------------	--------------------	----------------	------------------------------

Вы бездомны?  Да  Нет

Ваш текущий адрес является временным?  Да  Нет

Ваш текущий адрес совпадает с почтовым адресом?  Да  Нет

Если этот адрес временный, укажите ваш постоянный адрес.

Если у вас другой почтовый адрес, укажите его.

**Жилье, в котором вы проживаете:**

- Частное жилье  Муниципальное жилье  Меблированные комнаты  
 Временное жилье  Реабилитационный центр  Жилье, предоставляемое работодателем  
 Жилье по программе для подростков  Лагерь мигрантов  Приют  
 Временное жилье (например, машина, палатка)  Жилье для студентов (например, студенческое общежитие)

## 2. Информация о месте жительства и способах связи с вами (продолжение)

Если у вас есть адрес электронной почты, укажите его. \_\_\_\_\_

Номера телефонов для звонков **в дневное время**:

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

В какое время суток вам удобно принимать телефонные звонки? Время: \_\_\_\_\_

**Отметьте все подходящие варианты:**  Понедельник  Вторник  Среда  Четверг  Пятница

## 3. Лицо, помогающее вам заполнить заявление

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Номер телефона
Номер дома и улица	Город	Штат	Индекс

## 4. Уполномоченный представитель

Вы хотите дать этому лицу разрешение подать заявление на получение пособия SNAP от вашего имени?

Да  Нет

## 5. Отказ от очного собеседования

Если у вас нет возможности прийти в офис DTA на собеседование, укажите все применимые причины.

Преклонный возраст/инвалидность  Транспортные проблемы  Рабочее время совпадает с режимом работы DTA  
 Уход за ребенком/уход за лицом с инвалидностью  Другое \_\_\_\_\_

**ВНИМАНИЕ! Не забудьте указать свои номера телефонов на стр. 1. Мы должны иметь возможность позвонить вам, если у нас возникнут вопросы по поводу вашего заявления или если нам понадобится провести собеседование по телефону.**

## 6. Вопросы о гражданстве

a. Являетесь ли вы и все члены вашего домохозяйства гражданами США по рождению или вследствие натурализации?  Да  Нет

Если да, перейдите к вопросу 7. Если нет, перейдите к пункту b ниже.

b. В соответствии с правилами программы SNAP (106 CMR 362.220) неграждане, которые не могут или не хотят предоставлять информацию об иммиграционном статусе и/или номер социального обеспечения в связи с иммиграционным статусом, имеют право этого не делать. Такие лица без гражданства не будут иметь права на получение пособий по программе SNAP. Остальные члены домохозяйства могут подать заявление на получение пособия.

1. Укажите членов домохозяйства, которые **НЕ** подают заявление на получение пособия SNAP:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Поставьте отметку, если все члены домохозяйства подают заявление.

**7. Информация о лицах, проживающих с вами. Перечислите всех таких лиц. Не указывайте себя в этом перечне** (при необходимости приложите дополнительный лист). Неграждане, проживающие с вами, которые не подают заявление на получение пособия SNAP, не должны сообщать нам свой номер социального обеспечения или иммиграционный статус.

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Кем приходится вам
Вы покупаете и готовите пищу вместе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Это лицо подает заявление на получение пособия SNAP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения	
Семейное положение				Беременность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Кем приходится вам
Вы покупаете и готовите пищу вместе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Это лицо подает заявление на получение пособия SNAP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения	
Семейное положение				Беременность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

Фамилия	Имя	Инициал отчества	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Кем приходится вам
Вы покупаете и готовите пищу вместе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Это лицо подает заявление на получение пособия SNAP? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Номер социального обеспечения	
Семейное положение				Беременность? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	

8. Есть ли среди членов вашего домохозяйства дети до 18 лет, проживающие с вами, но не являющиеся вашими детьми и не находящиеся под вашим присмотром и контролем?  Да  Нет

Если да, укажите: \_\_\_\_\_

9. Есть ли среди проживающих с вами лиц квартиранты или постояльцы (лица, оплачивающие проживание и питание)?  Да  Нет

Если да, назовите имена этих людей.

\_\_\_\_\_

10. Получает ли ваше домохозяйство плату за патронатное воспитание лица, проживающего с вами?  Да  Нет

Если да, в отношении кого осуществляется такая оплата?

\_\_\_\_\_

11. Являетесь ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, резидентом другого штата, кроме штата Массачусетс, или другой страны, кроме США? Собираетесь ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, покинуть Массачусетс?  Да  Нет

Если да, кто именно не является резидентом или собирается покинуть штат?

\_\_\_\_\_

12. Являетесь ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, негражданином США?  Да  Нет

13. Намерены ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, которому исполнилось 18 лет и которое является гражданином США и резидентом штата Массачусетс, зарегистрироваться в списке избирателей?  Да  Нет

Если да, кто именно намерен зарегистрироваться? \_\_\_\_\_

14. Имеете ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, временную или постоянную нетрудоспособность в связи с физическими или психическими заболеваниями?  Да  Нет

**15. Трудовые доходы**

Вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, работаете на данный момент или работали в течение последних 60 дней?  Да  Нет

Если да, заполните следующий раздел (при необходимости приложите дополнительный лист).

**ВНИМАНИЕ!** Обязательно заполните этот раздел, если вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, являетесь индивидуальным предпринимателем.

Фамилия		Имя		Имя работодателя, адрес и телефон			
Должность	Дата приема на работу	Дата увольнения	Заработная плата в час \$ _____	Кол-во часов в неделю	Объем чаевых в неделю \$ _____	Частота выплат	Постоянная работа <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Если трудоустройство прекращено, укажите последний рабочий день: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Укажите актуальную информацию о заработной плате здесь:

С	Дата	До	Сумма до удержания налогов	Количество часов
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	

**16. Прочие доходы**

Получаете или имеете ли вы или какое-либо лицо, проживающее с вами, право на получение другого типа дохода, например пособия по безработице, алиментов, социального пособия, дополнительного дохода по социальному обеспечению (SSI), компенсации работнику, пособия ветерана, пенсии или арендного дохода?  Да  Нет

Если да, заполните следующий раздел (при необходимости приложите дополнительный лист).

Имя	Вид дохода	Сумма	Частота выплат	Начальная дата получения дохода

17. Есть ли у вас или у лица, проживающего с вами, судебное постановление (официальное обязательство) по уплате алиментов на ребенка, не проживающего с вами?  Да  Нет Как часто осуществляется этот платеж?  Ежемесячно  Еженедельно Сумма, \$ \_\_\_\_\_

18. Несете ли вы или лицо, проживающее с вами, какие-либо расходы по уходу за детьми или за совершеннолетними иждивенцами?  Да  Нет Частота выплат  Ежемесячно  Еженедельно Сумма, \$ \_\_\_\_\_

19. Несете ли вы или лицо, проживающее с вами, которому исполнилось 60 лет и которому присвоена группа инвалидности, расходы по медицинскому страхованию?  Да  Нет Как часто осуществляется этот платеж?  Ежемесячно  Еженедельно Сумма, \$ \_\_\_\_\_

20. Несете ли вы или лицо, проживающее с вами, которому исполнилось 60 лет и которому присвоена группа инвалидности, текущие расходы на медицинское обслуживание?  Да  Нет Если да, заполните следующий раздел.

Имя	Вид	Частота выплат	Сумма	Дата начала выплат

## 21. Жилищные расходы

Какие виды жилищных услуг вы оплачиваете?

- Аренда/закладная  Да  Нет Сумма арендной платы/платы по закладной в месяц, \$ \_\_\_\_\_
- Налог на имущество  Да  Нет
- Прочее  Да  Нет

## 22. Расходы на коммунальные услуги

Какие виды коммунальных услуг вы оплачиваете **помимо** арендной платы?

1. Я оплачиваю счета за отопление (жидкое топливо, газ, электричество, пропан и т. д.) самостоятельно или делю расходы на оплату отопления с другими жильцами.  Да  Нет
2. В моем доме установлен кондиционер, который я использую в летние месяцы. Я оплачиваю соответствующие счета за электричество самостоятельно или делю расходы на оплату электричества с другими жильцами.  Да  Нет
3. В моем доме установлен кондиционер, который я использую в летние месяцы. За пользование кондиционером взимается отдельная плата.  Да  Нет
4. Я оплачиваю счета за электричество или газ самостоятельно или делю эти расходы с другими жильцами.  Да  Нет
5. Я оплачиваю услуги телефонной связи, включая мобильную связь (не распространяется на тариф с предоплатой).  Да  Нет

## **УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРАВАХ, ОБЯЗАННОСТЯХ И ШТРАФНЫХ САНКЦИЯХ (ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ДАННОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ)**

Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что прочел (прочла) или мне прочли информацию, содержащуюся в настоящем заявлении, и мои ответы на вопросы настоящего заявления, и подтверждаю достоверность и полноту указанных мною сведений. Я также заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что мои ответы на вопросы любых дополнительных анкет, которые мне придется заполнять в будущем, будут достоверными и полными на основании имеющейся у меня информации. Я понимаю, что предоставление ложных или вводящих в заблуждение сведений или искажение, сокрытие или утаивание фактов в устной или письменной форме с целью получения права на пособия по программе SNAP является мошенничеством, умышленным нарушением правил программы (Intentional Program Violation, IPV) и влечет за собой гражданскую и уголовную ответственность.

**Я понимаю, что информация, которую я предоставляю в своем заявлении, подлежит проверке со стороны федеральных, региональных и местных должностных лиц с целью установления ее достоверности; если любая информация окажется ложной, мне может быть отказано в получении пособий SNAP, и я могу подвергнуться уголовному преследованию за умышленное предоставление ложной информации.**

Я понимаю, что программа SNAP находится в ведении Департамента временной помощи (Department of Transitional Assistance, DTA), который рассматривает заявления в течение 30 дней с даты подачи. Я понимаю, что должен (должна) сообщать в DTA о любых изменениях в размере дохода, объеме активов, адресных данных, жилищных условий, состава семьи, занятости и о любых других изменениях в моем домохозяйстве, которые могут повлиять на наши права. Я понимаю, что должен (должна) сообщать о данных изменениях в DTA лично в письменном виде или по телефону **в течение 10 дней с момента наступления таких изменений**, за исключением случаев, если я имею разрешение от DTA сообщать об изменениях в соответствии с правилами годовой отчетности SNAP либо правилами отчетности, требуемой при предоставлении пособия в переходный период (Transitional Benefits Alternative, TBA).

Я понимаю, что имею право обратиться к супервайзеру, если мне откажут в праве на ускоренную процедуру получения пособий SNAP и у меня возникнут возражения либо если мне будет предоставлено право на ускоренную процедуру, но я не получу пособие SNAP на седьмой календарный день после даты подачи заявления.

Я понимаю, что если я сообщу о своих расходах на содержание ребенка или уход за другими иждивенцами, расходах по аренде/закладным, других расходах, связанных с жильем или коммунальными платежами, размер полагающегося мне пособия SNAP может увеличиться. Кроме того, я понимаю, что в случае уплаты мною алиментов на ребенка лицу, не проживающему в моем доме, я могу сообщить DTA и представить соответствующее документальное подтверждение таких расходов. Если я не сообщу и не представлю подтверждение вышеперечисленных расходов, это может означать, что я буду получать ежемесячное пособие SNAP в меньшем размере, и будет считаться, что я отказываюсь воспользоваться правом на вычет из дохода незарегистрированных или неподтвержденных расходов.

Также я понимаю, что, если мне исполнилось 60 лет либо мне установлена группа инвалидности и я оплачиваю медицинские расходы, я могу сообщить DTA о данных расходах и представить документальное подтверждение. На основании этого я могу получить право на вычет из дохода и увеличение размера моего пособия SNAP.

Я понимаю, что после подписания настоящего документа все члены домохозяйства в возрасте от 16 до 59 лет автоматически регистрируются в Программе трудоустройства и профессионального обучения в рамках SNAP (SNAP/E&T). Автоматическое зачисление в SNAP/E&T позволяет членам домохозяйства беспрепятственно получить доступ к услугам SNAP/E&T. Все члены домохозяйства, не имеющие оснований для освобождения от обязательств по трудоустройству, будут уведомлены о требованиях в отношении работы, основаниях для освобождения и санкциях за несоблюдение установленных требований, а также, если применимо, будут получать направления на трудовую деятельность.

Подписывая данный документ, я даю DTA разрешение проверить и изучить предоставленную мной информацию в связи с установлением моего права на получение помощи. Я даю разрешение DTA на наведение любых справок и сбор данных, а также проверку информации, предоставленной в настоящем заявлении, в сотрудничестве с другими учреждениями, в том числе федеральными агентствами и агентствами штата, местными жилищными управлениями, отделами социального обеспечения за пределами штата, финансовыми учреждениями, а также компанией Equifax Workforce Solutions, которая предоставляет DTA информацию о заработной плате. Я также даю разрешение данным учреждениям на предоставление DTA информации о моем домохозяйстве в связи с моим участием в программе SNAP.

Департамент может отказать в назначении пособия, прекратить выплату или уменьшить размер пособия на основании информации, содержащейся в отчете агентства по предоставлению информации о кредитоспособности потребителей Equifax Workforce Solutions. У меня есть право на бесплатное получение экземпляра отчета Equifax, касающегося меня, если я подам соответствующий запрос в течение 60 дней после вынесения Департаментом решения. Я имею право оспорить точность или полноту информации, содержащейся в таком отчете. Я могу связаться с Equifax по адресу: Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (звонок бесплатный).

До установления права на получение пособий может иметь место проверка иммиграционного статуса через Службу гражданства и иммиграции США (USCIS), ранее известную как Служба иммиграции и натурализации (INS). Я понимаю, что DTA может предоставить USCIS информацию, содержащуюся в моем заявлении на получение пособия SNAP, и что любая информация, полученная от USCIS, может повлиять на право домохозяйства на получение пособия и на размер такого пособия.

Я понимаю, что, подписывая настоящий документ, я также даю разрешение DTA обмениваться информацией обо мне и моих иждивенцах в возрасте до 19 лет с Департаментом начального и среднего образования (Department of Elementary and Secondary Education, DESE), для того чтобы мои иждивенцы автоматически были зачислены в программу предоставления школьных завтраков и обедов. Я также даю DTA разрешение обмениваться информацией обо мне, моих иждивенцах в возрасте до 5 лет и о беременных женщинах, проживающих в моем доме, с Департаментом здравоохранения (Department of Public Health, DPH), для того чтобы эти лица были включены в Программу дополнительного питания для женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC).

Я понимаю, что, подписывая настоящий документ, я разрешаю DTA и Исполнительному органу Министерства здравоохранения и социального обеспечения штата Массачусетс (Massachusetts Executive Office of Health and Human Services) обмениваться информацией о моем праве на получение социальных пособий от энергораспределительных компаний, газораспределительных компаний и телекоммуникационных компаний в соответствии с соглашениями о



конфиденциальности, заключенными такими компаниями с единственной целью установления моего права на получение льготных тарифов на коммунальные услуги. Я также разрешаю DTA обмениваться информацией обо мне с Министерством жилищно-коммунального хозяйства (Department of Housing and Community Development, DHCD) с целью зачисления меня в программу Heat & Eat.

Я понимаю, что получу экземпляр брошюры «Ваше право знать» и брошюры по программе SNAP, с которыми я должен (должна) ознакомиться или которые мне должны прочитать, и я должен (должна) понять содержание этих брошюр, а также мои права и обязанности. Если у меня возникнут какие-либо вопросы, касающиеся брошюр или любой имеющейся в них информации, либо если у меня возникнут трудности с прочтением или пониманием данной информации, я обращусь в DTA по телефону 1-877-382-2363.

Я также ручаюсь, что все члены моего домохозяйства, включенные в заявление на получение пособий SNAP, являются либо гражданами США, либо негражданами с законным иммиграционным статусом.

### Право на регистрацию в списке избирателей

Я понимаю, что имею право на регистрацию для голосования в DTA. Я понимаю, что DTA поможет мне заполнить форму заявления на регистрацию в списке избирателей, если мне потребуется помощь, и что я имею право заполнить данную форму в частном порядке.

Я понимаю, что заявление на регистрацию или отказ от регистрации в списке избирателей не повлияет на объем помощи, получаемой мною от DTA.

### Предупреждение о штрафных санкциях в рамках SNAP

Я понимаю, что если я или кто-либо из проживающих со мной участников программы SNAP умышленно нарушит любое из правил, которые изложены ниже, я или любой из проживающих со мной участников программы можем лишиться права участия в программе SNAP на один год после первого нарушения, на два года — после второго нарушения и пожизненно — после третьего нарушения. Лицу, совершившему подобное нарушение, может быть запрещено получать пособие SNAP на период от одного года до неограниченного срока. Кроме того, такое лицо может быть оштрафовано на сумму до 250 000 долларов США и (или) лишено свободы на срок до 20 лет. Такое лицо может также подвергнуться уголовному преследованию по действующим местным или федеральным законам. Нарушитель также может получить запрет на участие в программе SNAP в течение дополнительных 18 месяцев по решению суда. К таким правилам относятся:

- Не давать ложных сведений и не скрывать информацию в целях получения пособия по программе SNAP.
- Не заниматься обменом и продажей пособий по программе SNAP.
- Не вносить изменений в карты EBT с целью получения пособия, на которое вы не имеете права.
- Не пользоваться пособием SNAP для покупки товаров, не входящих в утвержденный перечень, таких как спиртные напитки и табачные изделия.
- Не использовать пособия SNAP или карты EBT, принадлежащие другим лицам, если вы не являетесь их уполномоченным представителем.

Я также понимаю суть следующих штрафных санкций:

- Лица, совершившие умышленное нарушение правил программы **денежной помощи**, если это подтверждено в порядке административного слушания о дисквалификации (Administrative Disqualification Hearing, ADH), будут исключены из программы SNAP на период, в течение которого действует запрет на денежную помощь.
- Лица, которые делают мошеннические заявления и утверждения о своей личности или месте жительства с целью получения нескольких пособий SNAP **одновременно**, будут исключены из программы SNAP на **десять лет**.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP для получения веществ, оборот которых ограничен, и запрещенных наркотических средств, будут исключены из программы SNAP на **два года** при первом выявлении и **бессрочно** — при втором выявлении.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP для получения огнестрельного оружия, боеприпасов и взрывчатых веществ, будут исключены из программы SNAP **пожизненно**.
- Лица, которые осуществляют торговые операции (купли/продажи) с пособием по программе SNAP стоимостью от 500 долларов США, будут исключены из программы SNAP **пожизненно**.
- Штат может инициировать процедуру рассмотрения нарушения правил программы в отношении лица, которое делает предложение о продаже пособия SNAP или карты EBT онлайн или лично.
- Лица, которые скрываются от правосудия во избежание задержания или заключения под стражу с момента осуждения за тяжкое уголовное преступление или нарушения условия испытательного срока или досрочного освобождения, **лишаются** права на участие в программе SNAP.
- Лица, которые не выполняют без уважительной причины требования к трудоустройству в рамках программы SNAP, будут исключены из программы на **три месяца** при первом выявлении, на **шесть месяцев** при втором выявлении и на **двенадцать месяцев** при третьем выявлении. Если установлено, что лицо, не выполнившее в третий раз соответствующие требования, является главой домохозяйства, участвующего в программе SNAP, **все** его члены лишаются права участвовать в программе SNAP в течение **шести месяцев**. Если установлено, что лицо, не выполнившее в третий раз соответствующие требования, является главой домохозяйства, участвующего в программе SNAP, **все** его члены лишаются права участвовать в программе SNAP в течение **шести месяцев**.
- Оплата продуктов питания в кредит не допускается и может привести к исключению из программы SNAP.
- Лица не имеют права приобретать продукты за счет пособий SNAP с намерением забракать содержимое и вернуть упаковки в обмен на наличные деньги.

### Право воспользоваться услугами перевода

Я понимаю, что имею право воспользоваться услугами перевода, предоставляемыми DTA, если ни один взрослый в моем домохозяйстве, подающий заявление на участие в программе SNAP, не владеет английским языком. Я также понимаю, что могу воспользоваться услугами переводчика в процессе слушания в DTA или привлечь собственного переводчика. Если мне необходим переводчик для слушания, я должен позвонить в отдел слушаний не позднее чем за одну неделю до даты слушания.

### **Заявление о недопущении дискриминации**

Министерство сельского хозяйства США запрещает дискриминацию в отношении своих клиентов, сотрудников и соискателей на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, пола, гендерной идентичности, вероисповедания, репрессий и, если применимо, политических убеждений, семейного положения, семейных обстоятельств и родительского статуса, сексуальной ориентации, участия в программе социальной помощи, неразглашения генетической информации при трудоустройстве либо в рамках любой программы или мероприятия, проводимого или финансируемого Министерством (не все основания применяются ко всем программам и/или мероприятиям в сфере трудоустройства).

Если вы хотите подать жалобу в отношении дискриминации в Программу защиты гражданских прав, заполните форму жалобы в отношении дискриминации в рамках программы USDA, которую можно получить на веб-сайте [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), или в любом офисе USDA, или по телефону (866) 632-9992. Вы также можете написать письмо, содержащее всю информацию, которая требуется в форме. Заполненную форму жалобы или письмо можно отправить по почте в Министерство сельского хозяйства США по адресу: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, по факсу на номер (202) 690-7442 или по электронной почте: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Лица с нарушениями слуха или речи могут обратиться в Министерство через федеральную ретрансляционную службу по телефону (800) 877-8339 или (800) 845-6136 (испанский).

Для получения другой информации по вопросам, касающимся Программы дополнительной продовольственной помощи (SNAP) можно обратиться на горячую линию Министерства сельского хозяйства США по вопросам SNAP по телефону (800) 221-5689 (в том числе на испанском языке) или в информационно-справочную службу штата по телефонам (пройдите по ссылке для получения списка номеров), указанным на сайте [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Министерство сельского хозяйства США придерживается политики недопущения дискриминации и предоставления равных возможностей при трудоустройстве.

Закон штата Массачусетс также запрещает дискриминацию, в том числе дискриминации по признаку происхождения.

Чтобы подать жалобу, следует обратиться в Комиссию штата Массачусетс по борьбе с дискриминацией по адресу: Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; телефон: (617) 994-6000; линия ТТТ: (617) 994-6196.



**ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ.** Подписывая настоящее заявление, под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что прочел (прочла) или мне прочли раздел «Права и обязанности», я понимаю содержащуюся в нем информацию и согласен (согласна) с его положениями, а также с моими ответами на вопросы настоящего заявления, и подтверждаю достоверность и полноту дополнительных сведений, которые я буду предоставлять Министерству в дальнейшем. Я ознакомился (ознакомилась) с «Предупреждением о штрафных санкциях в рамках SNAP» на моем родном языке либо его прочли или перевели для меня. Я также заявляю, что все члены моего домохозяйства, включенные в заявление на получение пособий по программе SNAP, являются либо гражданами США, либо негражданами с законным иммиграционным статусом.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_